

引用:朱哲琴,魏堰肿,夏旭婷,刘富林. 基于络病理论探讨溃疡性结肠炎皮肤病变病机证治[J]. 湖南中医杂志,2022,38(8):111-114.

基于络病理论探讨溃疡性结肠炎皮肤病变病机证治

朱哲琴,魏堰肿,夏旭婷,刘富林

(湖南中医药大学,湖南 长沙,410208)

[摘要] 从络病理论角度出发,探讨溃疡性结肠炎(UC)皮肤病变病机证治,认为肺脾气虚、络脉失荣是发病之本,病邪郁阻、毒损络脉是重要的病理机制,以表里同治、补肺健脾、通络解毒为治疗原则,并结合病机提出了相关的治络之法,以期为临床治疗 UC 皮肤病变提供新的思路和方向。

[关键词] 溃疡性结肠炎;皮肤病变;络病理论

[中图分类号] R259.746.2, R275 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.08.030

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种由多种因素相互作用所致的炎症性肠病,病变主要局限于大肠黏膜及黏膜下层,自直肠开始,逆行向近端发展,可累及全结肠甚至末段回肠,呈连续性弥漫性分布^[1]。本病临床主要表现为反复发作的腹泻、黏液脓血便及腹痛。中医学可将其归属于“肠澼”“肠风”“休息痢”“滞下”等范畴。皮肤病变是 UC 常见的肠外病变,包括结节性红斑、坏疽性脓皮病、Sweet's 综合征等。现代医学认为其发病机制可能是肠道菌群与皮肤存在相同的抗原表位,当肠黏膜上的菌群及黏液通过共同抗原表位触发免疫反应,被触发的后天免疫应答不能区分肠道菌群的抗原表位及皮肤的抗原表位,从而诱发皮肤病变^[2]。中医学认为肠道和皮肤两者相互影响,有着密不可分的关联,如《灵枢·本脏》载:“皮厚者大肠厚,皮薄者大肠薄……皮滑者大肠直;皮肉不相离者大肠结。”笔者通过研习络病理论,同时借鉴古今医家治疗 UC 皮肤病变的临证经验,认为肺脾气虚、络脉失荣、病邪郁阻、毒损络脉为该病的基本病因病机,应以表里同治、补肺健脾、通络解毒为治疗原则,现将相关认识阐述如下。

1 络病理论

1.1 络脉溯源 络病理论源于《黄帝内经》,该书为络脉和络病理论奠定了理论基础。经络有常有变,变则病,病则有“病络产生”,《内经》中记载了结

络、盛络、虚络等络脉病理性状态,即病络,病络这种非正常状态则形成“络病”^[3]。张仲景对经络在疾病传变和内伤杂病中的作用进行了进一步的阐述,如《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》中记载“经络受邪,入脏腑,为内所因也……四肢九窍,血脉相传,壅塞不通,为外皮肤所中也”,推动了络病理论的进一步发展。叶天士提出“久病入络”理论,认为病邪侵袭人体日久,深入脏腑脉络,此时病位在血分,正如《临证指南医案·胃脘痛》中所说“初病在经,久病入络,以经主气,络主血”,此时络病理论已经成熟地运用于临床。现代医家吴以岭深入研究络病学,首先提出络病理论框架——“三维立体网络系统”,从时空与功能统一性论述络脉系统,为络病学学科建立奠定了理论基础^[4]。

1.2 阳络与阴络 络脉从经脉主干中分出,包括十五络脉以及更细小且循行于人体浅表部位的孙络和浮络,逐层细分,纵横交错,起着内络脏腑、外联肢节、运行气血、灌注脏腑的作用。《灵枢·经脉》载:“经脉十二者,伏行分肉之间……诸脉之浮而常见者,皆络脉也。”一般认为经脉分布在里,络脉分布在浅表,其中络脉亦分阴阳,循表里,正如张景岳《类经》所记载:“深而在内者,是为阴络……浅而在外者,是为阳络”。《素问·经络论》中指出“经有常色而络无常变也……阴络之色应其经,阳络之色变无常”,阳络位置偏于浅表且远离经脉,阴

基金项目:湖南省自然科学基金青年项目(2020JJ5425);湖南省教育厅优秀青年项目(19B424)

第一作者:朱哲琴,女,2020级硕士研究生,研究方向:中医药防治脾胃疾病

通信作者:刘富林,男,医学博士,副教授,研究方向:中医药防治脾胃疾病, E-mail:616217372@qq.com

络部位较深而靠近经脉。

1.3 血络与气络 血液由脾胃运化的水谷精微和先天之精在心肺的化赤作用下于脉络中生成,随脉络分布全身,在外滋润肌肤皮毛,在内濡养四肢百骸、五脏六腑。《血证论》中论述血络有充盈满溢和出入自由的结构和功能特点。然络脉既行血,亦行气,《类经·四卷·藏象类》云:“血脉在中,气络在外”。《难经·二十二难》云:“气主煦之,血主濡之”,张介宾首次提出“气络”一词,并指出气络运行部位在脉外,主行气、温煦之功,与血络伴行相互影响、相互依随,两者在脉内外如环无端地运行,发挥着行气血而营阴阳、濡筋骨而利关节的作用。

2 络病理论与 UC 皮肤病变的相关性

2.1 病邪循阳入阴,皮病传肠 《素问·灵兰秘典论》载:“大肠者,传道之官,变化出焉。”大肠主传导糟粕,UC 病变主要位于大肠,各种因素导致大肠通降不利,脉络瘀滞,血败肉腐,最终导致肠道脂络受伤。阴络是藏在人体深部的络脉,《灵枢·百病始生》载:“黄帝曰:其生于阴者奈何?岐伯曰:忧思伤心;重寒伤肺;忿怒伤肝;醉以入房,汗出当风伤脾;用力过度,若入房汗出浴,则伤肾”,说明凡脏腑所伤,其病皆生于阴也。叶天士在《临证指南医案·便血》言:“食物不和,肠络空隙所渗”,首次提出“肠络”之名,此外又提出“阴络乃脏腑隶下之络”,进一步说明了阴络与脏腑络脉的关系,依此可以将肠络归属于阴络范畴。皮肤是人体表面积最大的器官,是络脉最大的分布场所,阳络浅而在外,运行于皮表成为六经皮部的重要组成部分,《素问·皮部论》载:“是故百病之始生也,必先客于皮毛,邪中之则腠理开,开则入客于络脉,留而不去,传入于经,留而不去,传入于腑,廪于肠胃”。外邪从皮毛腠理侵入人体,可引起肌表络脉瘀阻,导致皮肤的局部病变,阳络受邪未能及时救治,病邪循阳络-经脉-阴络深入脏腑,最终引起脏腑病变,且络脉受邪后更易积于肠腑,引起肠络损伤而便下脓血。有研究表明,50%的坏疽性脓皮病患者有潜在的炎症性肠病,且其疾病进展与肠病活动平行^[5]。

2.2 邪郁肠络血脉,经气传皮 络病具有易滞易瘀的特点,清初著名中医学家喻昌将络脉逐层划分为络-系络-缠络-孙络,提出络脉“愈多则愈小”,说明络脉分级越来越多,其分支则越来越细,如树之冠,因此气血运行至经络末端时,血流速度逐渐

变慢,若邪侵入络,则易导致络脉郁滞,进而产生痰饮、瘀血等病理产物^[6]。现代医学从微观上分析,认为络脉的生理基础是微循环系统,白爱平等^[7]研究发现 UC 患者的血液呈高凝状态,这与络脉易瘀滞的特点是极为相似的。血络运行津血,若湿热毒邪导致血络不通则津血输布障碍,津凝为痰,血滞为瘀,痰瘀阻滞使肠络损伤。气络流通全身,对经络的传感起着重要的作用,且“气为百病之母”,所以气络对全身脏腑、四肢关节、皮肤肌腠的发病均有一定的影响,故 UC 发病病程中若肠道有湿热毒邪郁滞,病邪则会通过气络侵及其他脏腑器官,而产生包括皮肤病变在内的一系列肠外表现。

由此可知,肌表皮肤之络位于浅表,属阳络范畴,感受外邪后,随病情进展,病邪从外-中-内的络脉分布网络入内,引起隶属于阴络之肠络的病变,“有诸内者形诸外”,阴络病变也可通过络脉系统外现于体表阳络。或是内生湿热、热毒、痰湿的病理产物阻滞肠道血络,在内表现为腹痛、便下脓血;气络留注全身导致病邪弥漫,邪气壅滞在局部化生成毒,在外则出现局部结节、红斑、脓包、溃疡等皮肤表现。

3 以络病理论分析 UC 皮肤病变的病因病机

3.1 脾肺气虚、络脉失荣为本 《诸病源候论·卷十七·痢病诸候》对痢疾病机的描述为:“凡痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气乘虚入客于肠间,虚则泄,故为痢也。”脾胃素虚、饮食不节、情志不调、外感风寒湿热邪气等因素损伤脾胃,导致脾虚健运无权,水谷清浊不分,下注大肠,传导失司而泻痢。肺为华盖,上通天气,大肠连魄门,下接地气,肺与大肠在气机上相佐相合,同时肺与大肠互为表里,肺与大肠之络脉在体表相互沟通。肺病可以累及大肠,故肺气不足,肠腑常通降过度,魄门开阖失司而泻痢。肺脾气虚,皆可影响大肠主津的功能,导致津液吸收障碍。脾气将从胃、小肠、大肠吸收的水饮转化为津液,通过其推动、激发作用上输于肺,肺主行水,通调水道,四布水精,肺气宣发,循络脉将卫气外输于皮毛,以发挥温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖及防御外邪的作用。李元文等^[8]提出络脉的功能主要有渗濡灌注、津血互渗、营养代谢等,津血同源,两者通过络脉互渗互化,血液从脉内渗出化为津液以濡养皮肤。若脾胃虚弱,肺不行水,大肠主津无能,津液化源不足,络脉空虚,则肌肤腠理失于津液濡养。若肺脾气不足,则经气无以鼓动

入络,络气亏虚,虚则留滞,引起局部气血壅滞而生疾患,表现在皮肤,遂为皮肤诸疾。

3.2 病邪郁阻、毒损络脉为标 络脉多行于人体的浅表部位,外邪犯病多先于皮毛,客于络脉。风为百病之长,其性轻扬开泄,《灵枢·五变》载:“肉不坚,腠理疏,则善病风”,风邪侵袭使皮毛腠理开泄,循经入里,入五脏而发病。内风可由肝郁、血虚、阴虚、血瘀等因素所致。风邪客于肠胃,导致脏腑气机失调,运化功能障碍,如《素问·风论》云:“久风入中,则为肠风飧泄”。UC 缠绵难愈,愈后易复发,与湿性黏滞相似。脾虚失运,不布津液,凝聚水湿,或湿气淫胜,伤人致病。湿邪在外郁伤肌表,蒙蔽清阳,在内阻滞经络,痹着筋肉。“湿盛则濡泄”,湿邪常易困脾,致脾失运化,水湿愈盛,肠道传导失司,发为泄泻。《素问·气交变大论》载:“中央生湿,湿生土,其德溽蒸”,湿邪常与热邪相兼致病,湿热可相互滋生。《丹溪心法·痢》载:“赤痢乃自小肠来,白痢乃自大肠来,皆湿热为本”,认为 UC 病机以湿热为本。除了湿热内蕴,气滞血瘀也是 UC 的重要病机因素。《临证指南医案》载:“久发频发之恙,必伤及络,络乃聚血之所,久病病必瘀闭。”该病病程较长,日久入络,导致气血瘀结,脉络闭阻。局部经络阻滞导致疾病可发于体表或脏腑,如《外科秘录》曰:“五脏六腑各有经络,脏腑之气血不行,则脏腑之经络即闭塞不通,而外之皮肉即生疮疡矣”。“邪盛谓之毒”,风湿热瘀等邪气蕴结化变为毒,或是“凡毒,血气不足而成”,由于肺脾气虚,致气络中之气不足,进而产生湿、热等邪,壅滞成毒。毒入血分,损伤血络,侵入肠中脂膜致血败肉腐成脓。毒邪炽盛,经气络氤氲弥漫,传变他处,而产生皮肤损害等肠外症状。

综上所述,络病具有久病易虚、易滞易瘀的特点,UC 皮肤病变总的病机是络虚郁阻毒损。正气不足,肺脾气虚为本,络脉气血空虚易于受邪,风湿热瘀结聚成毒为标,损伤脉络,虚实互为因果,相互促进,使正虚邪恋,病情迁延反复。

4 以络论治 UC 皮肤病变

4.1 络虚为本,补肺健脾 该病同时有肠道和皮肤的临床表现,基于该病“络虚郁阻毒损”的基本病机,故以表里同治、补虚通络解毒为治疗原则。治络当分虚实,《医学真传·心腹痛》云:“但通之之法,各有不同……虚者助之使通”,叶天士提出“大

凡络虚,通补最宜”,络虚是由络脉气血不足所致,治疗当以益气补血、荣养脉络,同时配伍活血行气之品。常用药如益气之黄芪、人参,滋阴之枸杞子、麦冬,养血之熟地黄、阿胶,血肉有情之品通灵含秀,能培育人身之血气,如鹿角胶、紫河车等。历彦民等^[9]治疗 1 例慢性 UC 伴结节性红斑患者,以生黄芪、炒白术、焦四仙(焦麦芽、焦山楂、焦神曲、焦槟榔)、茯苓、薏苡仁益气生血、健脾化湿、祛腐生肌,配伍紫花地丁、牡丹皮等清热活血之品,配合黄柏、白头翁等药液浓煎保留灌肠。用药半个月后大便成形无脓血,结节性红斑尽退。其中黄芪性甘温,入肺胃而补气,走经络而益营,善达皮腠,专通肌表,临床常用于治疗各种皮肤病,《神农本草经》中描述其“主痈疽,久败创,排脓,止痛,大风癰疾,五痔,鼠瘻,补虚,小儿百病”。张锡纯《医学衷中参西录》中的内托生肌散以黄芪为君药,配合白芍、乳香、没药等活血之品,用于治疗疮疡破溃后,气血亏虚,不能化脓生肌者。黄芪亦常用于治疗 UC,现代研究表明,黄芪多糖可以通过减少结肠组织炎症因子释放、改善肠道黏膜屏障功能治疗 UC^[10]。劳绍贤教授治疗缓解期 UC 患者,以白术黄芪汤加减益气建中、调补脾胃,以“实其脾气”预防瘥后复发^[11]。

4.2 邪阻为标,通络解毒 以络脉郁滞毒损为主者,依据病邪轻重分别选择散风通络、搜风通络、清热利湿、活血化瘀、解毒通络等通络之法。UC 病因复杂,临床表现多样,常发无定时,病邪缠绵难愈且易复发,与风邪致病变化无常相似,治疗上常用风药宣通肌表、疏散郁结,使脉络通畅,常用的散风通络药有防风、荆芥、忍冬藤、络石藤,搜风通络药有全蝎、蜈蚣、乌梢蛇等。皮肤科常用方剂荆防败毒散即是风药的应用。张欣宇等^[12]重用防风、荆芥、蝉蜕等风药治疗 UC 并发全身皮疹患者,患者服药 1 个月后大便常规基本正常,全身皮疹、瘙痒较前明显减轻。湿热伏于络脉,熏灼肠络,致病情反复,缠绵难愈,常用治疗 UC 湿热病证的方剂有芍药汤,方中以黄连、黄芩为君,清热燥湿除致病之因,大黄泻下通腑使湿热积滞从大便而去。此外可配伍黄柏、白头翁、马齿苋、薏苡仁等加强清热祛湿之力。复方黄柏液在临床上运用广泛,现代医学证明其在抗菌、抗炎、促伤口愈合、抗感染等方面有良好的效果,对湿热蕴结类皮肤病效果较好^[13]。UC 患者血液常处于高凝状态,瘀血阻滞始终贯穿该病始终,

张仲景首创虫类化瘀通络药之先河,如虻虫、水蛭、廔虫,其他常用化瘀通络药如当归、鸡血藤养血活血通络,桃仁辛润活血通络。郑家驹^[14]用血竭胶囊内容物外敷促进 UC 合并坏疽性脓皮病患者创面愈合。瘀久化热,邪深日久成毒,毒邪滞于脉络,致病广泛,侵犯脏腑,易产生恶候,因此可加入败酱草、连翘、大血藤、青黛等清热解毒、化瘀止痛,逐散血中之瘀毒。青黛可除郁火、解热毒,外用可治疗疮疡类疾病。刘清芳等^[15]报道临床诊治一位以右小腿溃疡化脓为首表现的 UC 患者,辨证后予青黛颗粒口服合并青黛颗粒灌肠,治疗 2 个月后患者黏液脓血便消失,全身皮损基本愈合。

5 结 语

综上所述,在 UC 皮肤病变的疾病演变过程中,先因肺脾正气受损,肌肤腠理卫外不固,外风等邪气从体表阳络侵入,经络脉系统深入肠络,日久导致肠络受损,气血运行不畅,瘀毒内生,蕴结络脉,耗伤络中气血津液,致络脉空虚,瘀毒滞盛,络脉更损,如此反复,虚实夹杂,终成沉痾痼疾。该病肺脾气虚是发病之本,络脉郁阻、毒损络脉是重要的病理基础,病性多为本虚标实,病情复杂易变,从络病学理论出发,临证时需审查病机,治疗上时要谨守病机,兼顾表里,把握虚实之轻重,灵活运用补肺健脾荣络、通络祛瘀解毒之法治疗本病。

参考文献

- [1] 李军祥,陈詠. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):105-111,120.
- [2] 木克热木·依明尼亚孜,高峰. 炎性肠病肠外表现发生机制及

治疗[J]. 医学综述,2018,24(13):2641-2645.

- [3] 季芳.《黄帝内经》络病理论与溃疡性结肠炎相关性研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2019.
- [4] 吴以岭. 络病理论构建及其指导糖尿病微血管并发症治疗研究[C]//中华中医药学会糖尿病分会. 第九次全国中医糖尿病学术大会论文汇编. 石家庄:中华中医药学会糖尿病分会,2006:50-57.
- [5] 李猛,丁康,杨旭,等. 炎症性肠病皮肤表现的分类和总结[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2019,28(7):821-825.
- [6] 王亚美,贾斌. 应用络病理论辨治溃疡性结肠炎理论探讨[J]. 山东中医杂志,2018,37(2):94-96.
- [7] 白爱平,欧阳钦,余世南,等. 活动性溃疡性结肠炎患者外周血小板功能及免疫球蛋白水平的研究[J]. 四川医学,2003,24(6):555-557.
- [8] 李元文,姜娟娟,张丰川,等. 络病学说与皮肤病的治疗[J]. 环球中医药,2011,4(4):278-280.
- [9] 厉彦民,杜金行,史载祥,等. 中药治愈慢性溃疡性结肠炎伴结节性红斑 1 例[J]. 北京中医药大学学报,1994,17(3):62.
- [10] 臧凯宏,吴建军,秦红岩,等. 黄芪多糖对溃疡性结肠炎大鼠肠道黏膜屏障的影响[J]. 中药材,2017,40(1):208-211.
- [11] 陈瑞芳,杨秋菊. 劳绍贤教授治疗脾胃病“治未病”思想浅析[J]. 新中医,2014,46(12):22-23.
- [12] 张欣宇,窦红宇,孙滨滨. 运用风药治疗溃疡性结肠炎伴肠外皮肤表现 1 例[J]. 北京中医药,2017,36(8):752-753.
- [13] 谭静文,李虹,杨连娟. 复方黄柏液在皮肤科临床应用[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2020,19(6):617-619.
- [14] 郑家驹. 综合治疗溃疡性结肠炎合并坏疽性脓皮病一例[J]. 中华消化内镜杂志,2008,25(5):273-274.
- [15] 刘清芳,陈铭思,程晓磊,等. 青黛颗粒治疗溃疡性结肠炎伴发坏疽性脓皮病 2 例[C]//中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 第二十二届全国中西医结合消化系统疾病学术会议暨消化疾病诊治进展学习班论文汇编. 苏州:中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,2010:484-486.

(收稿日期:2021-12-26)

(上接第 79 页)神门和内关分别属手少阴心经和手厥阴心包经,刺之可运化心血、宁心安神,调节睡眠。上述穴位合用具有调阴和阳之功效,可使患者达到阴平阳秘的状态,从而改善阴急阳缓、阴阳失衡的症状。

基于其中医病因病机,故予补肾养肝汤加减以培补肝肾、补益精血、息风止痉。方中巴戟天、淫羊藿补肝肾、强筋骨;墨旱莲、菟丝子补肝肾、益精血;当归、牛膝、酒苡蓉补益精血;鳖甲、龟甲滋阴潜阳;炙黄芪、党参、炒白术、升麻补中益气;桃仁、火麻仁、郁李仁润肠通便;炙甘草益气和中,调和诸药,全方合用共奏培补肝肾、补益精血之功。

本案患者属颤病肝肾亏虚证,该病呈渐进性、不可逆转性。此次治疗创新性提出调阴和阳针法结合补肾养肝汤共治 PD,并且治疗约 2 年,期间患者病情无明显进展,有效减缓了疾病进程,为临床治疗提供了有效借鉴。

参考文献

- [1] 姜文霞,张新化,顾晓松. 帕金森病的发病机制和治疗研究进展[J]. 交通医学,2016,30(1):1-7.
- [2] 张蕾,何建成. 何建成教授从肝肾论治帕金森病[J]. 中华中医药学刊,2021,39(2):23-25.
- [3] 王东利,陈重,于涛. 针刺治疗帕金森病验案一则[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(9):1149-1150.

(收稿日期:2021-12-22)